

桑名市地域医療対策連絡協議会第2回医療と福祉、介護等との連携部会

平成23年1月11日（火）

【事務局】　こんばんは。時間となりましたので、ただいまより第2回医療と福祉、介護等との連携部会を開催いたします。座って失礼させていただきます。

会議に入ります前に、配付資料の確認をさせていただきます。

まず1つ目、桑名地域医療対策連絡協議会第2回医療と福祉、介護等との連携部会次第、資料1、医療と福祉、介護等との連携部会の趣旨・目的について、資料2、第1回医療と福祉、介護等との連携部会意見まとめ、資料3、みえ地域ケア体制整備調査研究事業報告書から資料4、医療と福祉、介護等のスムーズな連携をめざして、以上でございますけど、ございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、議事のほうに移りたいと思います。

部会長の花井委員、よろしく願いいたします。

【部会長】　皆さん、改めまして、明けましておめでとうございます。

前回の会議では、各委員様の職務と現場の課題などをそれぞれのお立場からお話しいただきました。私も、連携を具体的にどのように進めていくのかということにつきまして、お互い顔の見える関係を築きながら連携を深めていくということをイメージしておりました、いろいろな提案をさせていただきました。今回、事務局のほうで大きく3つに項目を整理していただいたおかげで今後の方向性がまとまって見えてきたように思います。ありがとうございました。

それでは、議事に入りたいと思います。

その前に、前回、会議の中で本部会の趣旨・目的についてのご質問がございましたので、事務局から説明をお願いいたします。

【事務局】　医療と福祉、介護等との連携部会の趣旨・目的についてご説明申し上げます。

資料1、医療と福祉、介護等との連携部会の趣旨・目的について、をござらんください。

この部会の趣旨・目的につきましては、昨年、親会議でございます桑名市地域医療対策連絡協議会で桑名地域における課題や問題点を抽出していただいております。そして、この部会につきましては、個々の課題や問題点に対し、できる限り迅速に解決に向けた具

体的な対応を行なうべく、関係機関とも連携し、取り組んでいく、あるいは必要に応じて随時関係機関へ提言、要望等を行なっていくものである。

次に、各委員から桑名地域の医療と福祉、介護等との連携において有効と考える提案を随時出していただき、具体的な方策を探り、実現に結びつけていきたい。

次に、課題や問題点について慎重に進めるべきもの、時間を要するものについては、部会において継続審議をしていく。

次に、部会が提案する医療と福祉、介護等との連携にかかわる会議、症例検討会、勉強会、システムづくり等に関し予算的措置が必要と認められた場合には市に対し予算要求をするものであるといったことが本部会の趣旨と目的でございます。

以上でございますけど。

【部会長】 ありがとうございます。

ただいまの説明につきまして、ご意見、ご質問はございませんでしょうか。いかがでしょうか。よろしいですか。

では、議事に入りたいと思います。

議事につきましては、お手元の次第に沿って進めさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

議事事項1、医療、福祉、介護などの連携において核となる存在の必要性について、事務局のほうから説明をお願いいたします。

【事務局】 医療、福祉、介護等の連携において核となる存在の必要性についてご説明申し上げます。

資料2の第1回部会意見のまとめの中でもたくさん出てまいりますが、前回の会議の中で医療関係者と福祉、あるいは介護関係者等との連携、いわゆる顔の見える関係性が重要であるのご意見が多数出たかというふうに思っております。その体制を構築するに当たりましては、具体的な核、中心となる場所が必要ではないかというふうに考えております。

そこで、配慮すべきは、できるだけ関係者の皆さんの時間的、労力的な負担を増大させないということで、新たに立ち上げるものではなく、既存のものを充実させることによって実現できましたらというふうに考えております。

前回の会議におきまして、廣田委員のほうから在宅医療研究会で医療関係者と福祉、介護等の関係者が集まって勉強会をされているというようなお話をいただきました。その研究会を充実させてはということについて皆様方にご検討いただければというふうに考えて

おります。

以上でございます。

【部会長】 ありがとうございます。

それでは、皆様からご意見をいただく前に、廣田委員のほうから在宅医療研究会についてご説明をお願いしたいと思います。

【委員】 説明をさせていただきます。

医師会のほうでこういう地域連携ということはある程度少し前から話し合っていたんですけども、今度、1月29日にパネルディスカッションをするのにこういうのでちょっと私のほうでお話しさせていただく予定でしたので、準備しましたので、それに関してお話しさせていただきます。

去年の12月に往診、訪問診療をしている医療機関が全部で43医療機関ありまして、その中で病院が3件、診療所が40件、そちらへアンケート用紙を送りまして、そのアンケート調査の報告です。

そのうち、在宅療養支援病院というのが1件と在宅医療支援診療所が13件あります。今度のパネルディスカッションのときには、このことを一般市民の方がご存じないので、どういうものかという説明をするつもりでいるんですけども、在宅医療支援診療所に2006年に診療報酬の改定が行われて、こういうのが1つ設けられました。どういう要件かといいますか、24時間、患者さんの連絡があれば何らかの対応をするということが1つと、それから、ケアマネジャーとか訪問看護ステーションときちんと連携をとっているということ、その前に、病院とか有床診療所、ベッドのあるところと連携をとっていて、その方が万が一状態が悪いときにはすぐ入院できるという体制を持っているということ、そして、訪問看護ステーションとかケアマネジャーと連携をとっているということ、そして、1年間の看取りの人数を報告するという、そういうある意味少し厳しい条件であるところがこういう在宅医療支援診療所とか病院という形で診療報酬上少し優遇されているんですけども、そういうのが桑名市内ではそれだけあるということです。

そういうところを含めた全部で43医療機関にアンケートをとりましたところ、全体としては899人、約900人ですね。実際には37医療機関から報告がありましたので、往診は受けているけれども、やっていない医療機関も少しあります。そのうち、居宅と居住系施設に分けていますけれども、その居住系施設というのは、いわゆるグループホームとか、それから、高齢者専用賃貸住宅、そういうところに入ってみえる方のところへ往診

に行っている場合もありますので、往診というよりも訪問診療ですね。それと、居宅というのはそれ以外の一般的に家族の方が面倒を見ているようなところ、実際にはそちらのほうが多いですね。719人ぐらいです。

それと、もう一つ、言葉の問題で、往診ということと訪問診療ということを少し分けておく必要があると思ひまして、定期的にいわれる往診に行っているのを訪問診療といいまして、ちょっと状態が悪いから診に来てほしいという場合は往診と、少し分けて考えていただいたほうが良いと思ひます。

全体を平均で見ると、いわゆる居宅というのが1医療機関当たり1カ月間では5人程度、それから、居住系施設というのはある程度そこに10人とか、20人とか、たくさんおみえですので、平均すると34人、この辺はまた後のほうに詳しくお話しますが、それから、過去1年間で看取り人数が64人で、これは多いのか少ないのかちょっとわかりません。

先ほど、居宅という人をもう少し、要は家族の方が見ているところにどのぐらいの人数を1医療機関当たり診ているかといいますと、実際には6割ぐらいは1医療機関当たり5人以内がほとんどで、多くて、せいぜい15人ぐらいまでということですよ。

それから、もう一つ、グループホームとかそういうところだと、半分ぐらいの医療機関は10人まで、ところが、緑の51人から80人ぐらい、すごくたくさん診ている医療機関も一部あるということですよ。

それから、このアンケートは、実際に最近是在宅医療というのを単に問診して診察だけじゃなくて、一昔前の往診に比べると非常に医療的ないろいろなことが、できるようになってきていますので、そういうのがどの程度できるかというのをいろいろアンケートで答えてもらうようにしたんですが、実際にはここにある在宅酸素とか、胃ろうというのは胃に穴をあけて、そこからチューブから栄養を送る。そういうのを管理とか、それから、尿のカテーテルですけど、こういう管理だと大体まああの医療機関がある程度できるんですけど、あるいは褥瘡の処置とかですね。ところが、例えば人工呼吸器管理とか、それから、この辺がちょっと少ない、気管切開をしているチューブの管理とか、中心静脈をつけまして、太いところの血管に点滴をして、そこから栄養が行っているような管理とか、それから、もっと少ないのはこの注射による麻薬管理ですね。これはなかなか実は難しいんですけども、やはりそういうのをやる医療機関はちょっと限られているという現在の実態ですよ。

ですから、特にがんの末期の方のそういう麻薬を管理しないといけないとか、そういう場合の管理をやれるところは少なく、今度のこのパネルディスカッションのときには仙台のほうの先生に来ていただくんですけど、四日市とか、ある程度名古屋とか大都会では在宅医療専門の医療機関がありまして、そういうところだとチームで医師も二、三人とかいて、ほとんど入院と同じぐらいのがん患者さんのケアをやっているところもあるんですが、桑名には残念ながら今のところ一件も在宅医療専門の医療機関はないんですね。

連携の程度をこれは見ている。あくまでも各医療機関のアンケートをとった先生の主観ですので、それは一応押さえておいてください。例えば、色分けしてありまして、この下のほうにダイダイ色のかかなり進んでいる、赤のやや進んでいる、あまり進んでいない、ほとんど進んでいない、わからないというふうに上のほうからずっと色分けしてありますので、例えばベッドの充足はどう考えているかという、わりとダイダイ色、赤が多いので、緊急入院のときは半分ぐらいの医療機関は大体何とか困ったときにはすぐ入院させてもらえると考えていますが、ちょっと一部進んでいないというふうに見ている医療機関もあります。

それから、かかりつけ医同士のネットワークになるとあまり連携が進んでいないというふうにとらえているところが多いです。

それから、病院とのネットワークも大体ベッド等の充足とよく似たところで、比較的進んでいる。進んでいるというか、まあまあじゃないかと思いますが、前回のこの部会で話題になりました退院時カンファレンスに関してはもうこちらの緑のほとんど、やはり診療所から急性期病院まで出向いてそういうことはあまりやれていないというか、現実なかなか忙しかったりしてやれていないというふうな、あくまでも主観ですけどね。

それから、あと、いろいろなところとの連携ですけれども、訪問看護ステーションとの連携はかなり進んでいる。赤がこことかケアマネジャーとの連携に関してはまあまあとは思いますが、その下のほうですね。包括支援センターとの連携とか、もっとこの辺の保険調剤薬局とか歯科との連携に関してはかなり赤い部分がこの辺は少ないので、まだまだ地域包括、まだ始まってそんなにたっていないせいもあるんでしょうけど、あくまでも主観ですけど、そんなに進んでいないということで、医師会としては四、五年前から一応医師会主催で在宅医療研究会というのをやっています、今のいろんなありましたですね。こういう在宅医療で行われている胃ろうのこととか、それから、褥瘡の管理とか、いろんな勉強会をやって、そこへいろんな他職種の方たちも参加していただいた会を年に一、二

回やってきまして、実際に大体80人から90人ぐらい参加者があって、実際にはその中で医師は10人から20人程度、実際には他職種の方がわりにきちんと参加していただいて、こういう在宅医療というのは、今は非常に進んでいる部分も結構あるんだよということを、特に医療面を中心に今までやってきていて、こういうものを勉強していただいているという、どちらかといえば、講演が今までの主ですので、連携ということを考えていくと、果たしてその講演だけ、在宅医療研究会であつたり講演だけではまだ不十分で、今後の方向性としてはもう少しディスカッションとか、そういう面も必要かなと今思っていますし、それから、今年度もこの1月20日に初めてやる予定ですがけれども、脳卒中研究会というのも在宅医療研究会と対等の、その前にちょっと言いますと、病診連携委員会という医師会の委員会がありまして、その下部組織として在宅医療研究会、それから、脳卒中研究会というのを今度つくりまして、今回第1回の脳卒中研究会が1月20日にやる予定、その1つ、脳卒中に関しましては桑名の場合は急性期の桑名市民病院の脳外科で結構急性期をやってみえて、それから、回復期リハということで、市内ではヨナハ病院さんが結構それをやってみえる。わりに急に患者さんが悪くなったときの急性期から回復リハまでは比較的進んでいる。あとは在宅のほうでということ踏まえて脳卒中に限ってそういうのをやっていこうということが1つと、それはまだ始まりかけたところです。

そして、あと、その在宅医療研究会とはまた少し別個の形で、認知症ネットワーク会議というのは別の形で、これはかなり地域包括の方も参加していただいて、症例のディスカッション、ある程度グループワーク的な、これはなかなかユニークで一生懸命やってみえると思うんですがけれども、そういうことも踏まえた形でやっていますので、その辺のニーズをどういうふうに今後医師会とそのほかの他職種の方との会としてやっていくかというのは今後少し詰めていく必要があると。

大体以上のところです。

【部会長】 ありがとうございます。

廣田先生のほうから在宅医療研究会について、また、桑名の在宅医療の現況についてご説明いただきました。

先ほどの事務局の説明とあわせて、何かご質問、ご意見等ありましたらよろしくお願いたします。いかがでしょうか。

【委員】 先生がされていた在宅医療研究会というのがあるのを今日初めて知ったんですがけれども、他職種の方も大勢出席されて、もう自由なんですか、それは。

【委員】　そうですね。確かに歯科医師会には直接には今までお勧めしていなかった。どちらかといえば、在宅でやっている部分が今ケアマネジャーさんとか、そちらのほうとのいろいろな個人的な質問とか相談が多かったものですから、その方たちのケアマネジャーさん、それから、訪問看護師さんはわりに医療のレベルは結構上なんですけど、やっぱり介護の関係の方たちが医療のレベルがまだまだなので、その人たちのレベルアップというか、その辺を一番主目的ですね。いろんな患者さんのところへ行ったらいろんなプランをつくったりとか、何かトラブルが起きたときにこれはすぐ連絡していいのかとか、そういうことを含めてですので、どちらかといえば、歯科の先生とか薬剤師さんとかにはあまりお勧めしてなくて、申しわけなかったです。

【委員】　実際、我々の現場でも訪問診療が進まないというのが、先生方、管があったりとか何かあったりして、怖くて行けないというのが実際のところなものですから、もしまたお声をかけていただければと思います。

【委員】　前向きに考えたいと思います。

【部会長】　今までの在宅医療研究会のテーマは褥瘡だとか、結構緩和ケアとか、医療的なニーズの高いものが多かったのですが、今回、医療、介護、福祉の全体にわたっての勉強会というふうになったときに、内容的にはどのような内容をお考えでしょうか。

【委員】　やっぱりそれをそういう形にしていくかどうかをこれからちょっと、まずこれが決定ではないですよ。ですから、そうなったら当然そちらから、我々はどっちかという医療を主にやっていますので、どっちかといえば、まずそちらのほうが取っかかりがいいというか、ですから、名前も果たして在宅医療研究会がいいのか、地域包括ケア研究会みたいな、そういうもうちょっと医療だけじゃない全体をひっくるめた名前にするのかとか、そこら辺のところも考えていかなきゃならないと思うんですけども、当然医療だけではない、どちらかといえば、在宅の患者さんは医療の部分というのはある意味ではそんなにたくさんなくて、それ以外のほうが逆に多いかもしれないですからね。ですから、例えばそういうのを始めるなら、そのテーマを決めるある程度メンバーを決めて、その中でこういう部分はどうかというところでどうでしょう。

【部会長】　わかりました。ありがとうございます。

それでは、部会としては一応の方向性が出ましたので、あとは事務局のほうでお話を進めていただきたいと思います。

【委員】　1つ予算の問題もちょっとありまして、予算をちゃんと組んでいただけるの

と、会場費の、細かいことですけど、会場費とか講師の謝礼とかを含めたちゃんと予算立てができないとどうしても、私どもは今まで医師会だけでやってきましたので、ほかの関係者に何もお金の負担をかけていませんけど、医師会と、いわゆる薬のメーカーさんの多少共催という形もとっていましたので、それなりの費用はかかると思うんですね。特に会場費、講師謝礼というその2つ、弁当とかは別として、その予算立てはちゃんとある程度もらえないとそれは話が進みませんので、今最初に書いたのがありましたように、予算要求するものであるということは、予算が、その辺、市のほうへちょっと問いたいんですけど。

【部会長】　　じゃ、その辺につきまして事務局のほうからご説明がありましたらよろしくをお願いします。

【事務局】　　予算立てのほうの件なんですけど、これはやはりもう少し医師会さんと細かいことを詰めさせていただいて、予算化するべきものであればしていきたいなというふうに考えておりますし、一応この部会でいろいろ素案というか、まとめていただいたものに対して今医師会さんのほうでやっておられますので、一度お話しさせていただきたいというふうに考えております。

【部会長】　　ほかによろしいでしょうか。

【委員】　　先ほどのお話なんですけど、講演会形式にするのか、ディスカッション形式にするのかによっても方向性というのが全く変わってくるような気がするんですけど、一応講演会でだれか先生に来ていただいて説明をしていただくというのは確かに皆さんの勉強にはなるんですけど、これで連携になるのかと言われたときに、ただ一緒のところにいる勉強して質問しているだけとなってしまうと、連携につながっていくのかというところはあると思うんですけど、その辺というのはどうですかね。

【委員】　　ですから、ある程度ゴーということであれば、その世話人会という言葉がいいのかどうかは別として、そういう具体的にどういうことをやっていくかという、これはこの部会なのかちょっとわかりませんが、ある程度詰めていく。ここでそこまでやるかどうかということを含めてですけど、どうでしょう。

【部会長】　　いかがでしょう。事務局のほうと詰めていただくということで。

【オブザーバー（山本）】　　ちょっと他県でやっている例を申し上げますと、例えば私が前回、1回目のときにご紹介させていただきました東近江の地域医療連携ネットワークでは、メンバーさんはそれぞれの機関の人が入ってきますから、それぞれの機関の持ち回り

で場所を確保する。例えば病院なら病院のどこかを会場にするというところでやっていますし、結構ちっちゃいリハビリセンターみたいなところでもぎゅうぎゅう詰めになりながらやっているという状況なので、会場費がかかることを確保しなきゃならないというものでは必ずしもないと思います。

中身は2時間きっかりで、長くなると続かないので、2時間で終わるということで、最初の5分から10分ぐらいもすごく簡単な自己紹介を各機関全部やって、一応、毎回やりますから、そこで新しく来る人の顔も何となく覚えてくるという感じです。それから、持ち回りの会場を提供しているところが最初の30分ぐらい活動報告をしてディスカッションをして、次に、そのメンバーの中で具体的な症例、緩和ケアなら緩和ケア、終末期医療なら終末期医療ということで、毎回何かその方の得意分野の話をしてもらってディスカッションをする。既にやり始めて3年ぐらいたっているんですけども、最近やっているのは5つぐらいの班分けをして、150人ぐらい集まると、例えば二、三十人ずつぐらいでグループで医療と介護の連携とか、あるいは栄養や口腔ケアをやるとか、あるいは救急を含めた病院ネットワークなど、5つぐらいテーマを分けて好きなところへ入ってディスカッションするというような、やり方でやっています。

ですから、それはやり方次第だなという感じというふうに思っています。確かに資料代とかで予算はある程度必要であろうと思いますし、だれがコーディネーターをやっているかというのも大事で、その研究会では結構医療関係者の方が熱心にやってはいますが、事務局的なところは県の東近江保健所でやっています。最初やり始めは、今ある研究会の中で、できるだけ他職種の方にもお声がけをして、もう少しいろんな職種の人に来てもらうというところから始めてもいいと思いますし、その状況を見ながらもう少し大きくやっていくかということであれば、必要な予算を確保しながらやっていけばいいんじゃないかなと。

【部会長】　　ここで具体的なディスカッション形式にするとか、講演会をするとか、作業部会にするとか、そういう具体的なこともここで決めたほうがいいんでしょうか。

【オブザーバー】　　いや、意見だけ出していただければよくて、最後どうするかはまた事務局のほうで考えさせてもらって、またお知らせしていくほうがいいかなと考えます。

【事務局】　　この部会ではこの方向性を出していただきさえすれば、ここでどういうふうにするという細かいようなところを決めていただかなくても、こういったようにしていけばというようなことを出していただきさえすればいいかというふうに思っております。

【部会長】 では、一応、在宅医療研究会というものを対象を広げた形で、内容の吟味についてはまた後日事務局のほうとお話を進めていただくという形でよろしいでしょうか。

【委員】 私の話、柴川さん、ちょっと聞いていてどうでしたか、難しかった？言葉が。

【委員】 第1回に出させていただいたときは初めてだったものですから、言葉というのもわからなかったんですけども、事前に資料をいただいて、いろいろ在宅医療に関しての用語も私なりに勉強させていただいて、在宅医療というのはどういうふうな形なのかと。前回、河合さんにご質問したみたいに、「訪問看護は何ですか」というような初歩的なこともわからないというのもあれかなと思ひまして、勉強させていただいたんですけども、これからは高齢化社会で、四日市でも桑名でも高齢化率が20%を超えるというふうな状態なので、要するに急性期病院から回復リハ病院へ行って、それから病院に残るか、あるいは施設か在宅かという選択を迫られたときに、在宅医療というのが非常に高いウエートを占めるんじゃないかなと考えておりますので、これからの医療において、医療だけじゃなくて、介護とか、それから、福祉の連携が非常に必要かと思ひます。特に地域包括センターという立場というのがこれから重要になるということと、ケアマネジャーさんの存在というのがあまり市民には知れていないところなんですけど、ケアマネジャーさんの質の高さとか、クオリティーというものがこれからいろいろいろいろな面において大変重要になるんじゃないかなというふうには考えました。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

では、次に、議事事項2、急性期医療から在宅医療、ケアへの円滑なつなぎについて、事務局のほうから説明をお願いいたします。

【事務局】 急性期医療から在宅医療、ケアへの円滑なつなぎについてご説明申し上げます。

この意見につきましても、前回の会議におきまして複数の委員さんから、急性期医療から在宅医療へのつなぎにつきましても、地域医療連携室の役割、退院時ケアカンファレンスの必要性といったご意見がたくさんありました。

今回、資料3、みえ地域ケア体制整備調査研究事業報告書をご提出させていただきましたが、その中で「退院時ケアカンファレンス運用マニュアルについて」と「利用者本位の退院援助を目指して～カンファレンスとアセスメントシートの活用」をご参照いただき、より具体的なこの部会でのご協議をお願いしたいというふうに思っております。

【部会長】 ありがとうございます。

では、事務局の説明につきましてご意見をお願いいたしたいと思います。

【委員】 これ、四日市のは清水さんはかかわってみえるの。

【委員】 はい。

【委員】 少し、この文章だけじゃなくて、補足とか何か。

【委員】 急性期病院については、皆様、イメージを持っていらっしゃる方もおありかと思うんですが、救急搬送された患者さんを受け入れて急性期の医療を行っていくためには、ある程度入院患者さんの在院日数を短縮化しないと、現実、救急車で運び込まれた患者さんの入院を受け入れることができず、そのための空きベッドをいかに確保するかが医療従事者にとっての課題となっております。

そこで急性期医療を終えた患者さんは回復期病院に転院していただいたり、あるいは在宅に帰って医療を受けていただいたりしますが、これには患者さんやご家族の希望を入れながら地域連携室がお手伝いをするということになります。どこの急性期病院でもほんとうに受け皿を見つけるのが大変という状況があると思われ。そういった中で、四日市医師会さんが、桑名も同じなんですけれども、もともと在宅医療を進める取り組みということで在宅医療研究会というのがあり（この資料3の105ページのあたりなんです）、診療所の先生方が在宅で診ていた患者さんが病状悪化等で急性期病院へ紹介入院となった後、その方の病状が改善されるとまた元の主治医の所に戻って在宅医療を受けられることとなります。その場合に病院と診療所との医療連携をもっとスムーズにしていこうと、“顔の見える連携”をキーワードに取り組みをされていまして。また、病院側からも在宅主治医を持たない患者さんの退院後の在宅医療を担っていただける地域の先生を探すのがなかなか大変な状況もありましたので、この研究会を核にいろいろな取り組みが広がっていきました。

桑名の医師会さんでもされたように診診連携とか、病診連携をやっていく上ではやはりどこの医療機関で何ができるかというふうな医療資源をまずは把握する必要があるということで、医師会主導で調査を行っていただき、医療機関リストを作っていただきました。

それを急性期病院にいただきまして、もともと在宅主治医がいない患者さんの在宅主治医を決める場合はそのリストを見ながら患者さんに選択していただくというふうな形で退院調整を行って行っていました。

そういうことをやり始め、病院主治医のほうもすごくありがたいといえますか、どこに

紹介したらスムーズに医療が継続できるかということがその専門リストによってある程度目安ができてきたものですから、大変活用させていただきました。

そして、ただ専門医に紹介するだけではなく、必要に応じて退院時ケアカンファレンスを開催することは有効でした。しかし現実には勤務医も忙しいですし、在宅主治医も診療の空き時間に病院に足を運んでいただくことになりますので、すべての症例で開催することは難しく、本当にケアカンファレンスが必要な症例に限って開催していたように思います。参加者は主治医やケアマネージャー、訪問看護師、ヘルパー、ご家族等その時々に必要なメンバーが集まっていました。そうこうしているうちに、様々な医療機能を持っている地域の医療機関すべてが連携機関として地域完結型の医療を行っていきこうということになり、回復期医療機関の地域連携室の方へもネットワークの参加を呼びかけていきました。

一方でH20年度から急性期病院と回復期病院が中心となり、地域連携クリティカルパスといって脳卒中と大腿骨頸部骨折の患者さんの急性期から回復期・維持期まで一環した治療計画を作成し、このパスの運用を始めていました。

この地域連携クリティカルパスは急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるものですが、四日市地域ではH21年度からがんや虚血性の心疾患などにも応用しようと急性期病院と診療所の医師が中心となってワーキンググループの取り組みが始まりました。

このパスに乗っかって治療を受けた場合に患者さん側のメリットとして、なるべく早い時期に身近な地域の診療所で継続医療が受けられるようにすることで待ち時間や通院時間が短縮されますので、今後はもっとこの取り組みが進むのではないかと思います。

その中でやはり難しかったなと思うことは、私は病院の中にいたので病院サイドのことが中心になるかもしれないんですけど、やはり病院の中のお医者さんというのはとても忙しいので紹介状を書いたりする作業が大変なんです。

また、こういうふうに医師会と一緒に連携をやっていくということを説明するだけでもその時間をとってもらったりとか、こういうふうに退院時ケアカンファレンスをやっていくので協力してくださいということをまず院内に周知をしないといけないので、そういったところからほんとうに地域連携室が頑張らないと院内の連携ができません。やっと会議が持て、その時間を割いてもらって病院の医師や看護師、それから訪問看護ステーションの看護師やケアマネージャーの人達が集まって退院時ケアカンファレンスをやったら、必要だなと感じていただけたりするんですが、やはり最初は理解を得ていただくとき

にちょっと苦労しました。

それと、やはり在宅の主治医も、この加藤先生の文章の中にもありますが、ほんとうに外来診療しながら24時間の往診でそういった患者さんを診ることができるのかというようなことがあるんですけども、最終的には診療所の中でもいろんな機能を持つところが出てくるのではないかと思っています。例えば24時間往診がやれるところと、さきほど廣田先生の話にもありましたように前から診ている患者さんに限って往診するという診療所、訪問診療専門の診療所など診療所の中でもいろんな機能に分かれていくのかなという感じを持っています。

つまり病院のベッドが在宅の中にあるというイメージ、そういったものを目指して連携の中身を考え、そして同時に質を上げ、患者さんにとってほんとうに良い医療が提供できるように努力していくことが大事だと思っています。

【部会長】 ありがとうございます。

四日市と桑名では医療環境も随分変わると思いますが、皆さん、何かご質問ありますでしょうか。

【委員】 四日市では専門医のリストをつくってあるということなんですけれども、桑名でもやっぱり在宅を受け付けてくれる病院のリストをつくっていただいて、開業医さんのリストをつくっていただいて、先ほどのお話があったように、どのような内容にしていこうかということも含めて、つくっていくほうがいいよということはあることあるんですか。今、流れとしてはそういうのをつくろうという流れというのはあるんですか。

【委員】 前回のときにお話ししましたけど、一応すべての方には公表していないんですけども、病診連携便覧というのがちゃんとあって、各医療機関は持っているんですけども、ですから、病院と診療所同士の連絡もそういうのを見ながらやっていますけど、ただ、これは四日市のリストを見せてもらったんですけど、大分詳しいです。私どもがつくっているのよりも、例えばさっきの麻薬の管理がどのくらいできるかとか、麻薬管理って結構、大事なんですね。あれができるところとできないところというのはいっぱいあります。だから、その都度毎年見直しして、少しずつ増やしていつているんですけども、あまり増えしていくとどんだんだんだん1医療機関のあれがもういっぱいになってくるので、それは今のところは公表していないですね。これは前回のときもお話ししていますが、どういう形で公表していくか、ちょっと議論が始まっています。

【部会長】 ありがとうございます。

桑名の地域医療について、吉川さん、何かご意見がありましたら。

【委員】 山本総合病院の吉川でございます。

今の急性期医療から在宅医療、介護の連携につまましてなんですが、四日市の今の現状を伝えていただいた中で、やはり桑名もシステムとしては今のような症例化されている、マニュアル化されているという、そこまでかっちりしたものではないんですが、前回もお話しさせてもらいましたように、医療ソーシャルワーカーという病院に所属する相談員ですね。これの連携を図らせていただいている中で業務の温度差があるだろうというお話があったんですが、それがなるべく温度差がないように、ワーカーの部会、医療ソーシャルワーカーだからちょっとワーカーと呼ばせていただきますが、そのワーカーの部会があって、かかわりについて温度差がなるべくないようにさせていただく中で、今桑名で行っている現状というものについてお伝えさせていただこうかなと思います。

ちょっとまとめてきたんですが、まず、退院時のカンファレンスという言葉もあったんですが、点検方法には結構方法としてはたくさんあったと思います。問題になってくるのが適宜入院中に病棟のほうで開催されるカンファレンス、これはその病棟の中でのスタッフでまず始まる場合が多いです。この中で在宅に向けてだとか、ほかへ連携をするに当たってワーカーがかかわったほうが良いということが、病棟の中では完結しないということであれば、ワーカーが呼ばれてまたカンファレンスだったりというようなことがあります。

あと、入院中に定期的で開催されるリハビリについてのカンファレンスというものもございまして、リハビリの専門スタッフがかかわりながらなんですが、ここについては医師であったり、リハビリのスタッフであったり、病棟の担当の看護師であったり、あと、ワーカーも同じ席に介入しながら、その症例について現状の確認だとか、今後の方向性について検討を行っております。そういうカンファレンスもあります。

あと、退院の見込みが立ってきましたら、介護保険の利用者である方は担当ケアマネに連絡をして、病棟スタッフと関係機関とでご本人様とご家族様等と退院に向けたカンファレンスも開催しております。ここが大きな役割を果たそうかと思うんですが、ただし、介護保険の未利用の方、あと、未申請の方につきましては、制度説明から院内のほうで行わせていただいて、あと、社会資源の情報提供ですね。知らないところで話されてもいけませんので、こういう情報提供ということもさせていただいています。

あと、介護保険を新規で申請希望の場合についても、退院時にはサービス利用のある程

度のめどをつけられるように、関係機関の介入についての援助だとか連携を図りまして、できる限り問題点を解消しながら退院ができるように支援させていただいているという現状があります。

あと、さらに必要な場合、ご希望によって退院後の自宅の環境の改善に当たり、自宅へ訪問させていただいて家屋調査であったり、環境の改善点の助言をさせていただくこともあります。あと、家屋の改修の助言などにつきましては、自宅訪問については主にリハビリ担当者、うちの病院の場合ですと、理学療法士であったり、作業療法士であったり、リハビリを担当した一番ご本人様をわかっている職員がお邪魔してということもあるんですが、もしくは我々ワーカーがもちろん把握していますのでお邪魔してというようなことで、入院中の状態を参考にして在宅生活に配慮した助言をさせていただいているというようなことも動きとしてあります。

また、在宅復帰に向けて、今、清水さんのほうからもお話がありました回復期の病棟だとか、療養型というものもあるんですが、そういう段階を経て、急性期から直接退院ということではなく、ワンクッション置いてという必要性のある場合もありますので、そういう回復期だとか、スタッフさんと連携して退院支援をしたりしています。

連携につきましては、個人情報結構動きますので、ご本人様、ご家族様の了解を得てが最前提であるんですが、慎重に情報の取り扱いを行いまして、迅速に対応できるように努めているというのが現在の動きであります。

以上、ご報告させていただきます。

【部会長】 ありがとうございます。

それでは、ほかの委員さんのほうからご質問等ございませんでしょうか。

【委員】 今、吉川さんからお話いただいた中に急性期病院から回復期病院への転院というふうな話がありましたが、例えばこの桑名における急性期病院から回復期病院、具体的にお名前を挙げていただけたらと思いますが、いかがでしょうか。

【委員】 回復期ですとヨナハ病院さんですとか、先ほどの清水さんからもお話がありました地域連携パスというものがございます。これはどの病院でも同じような計画にのって、一部連携をしながらさせていただくものの中には、先ほど、市民病院さんがやっている脳卒中に関してのものであったり、そこが急性期ですね。山本総合病院のほうでも整形的なもの、骨折についてもあります。そこから回復期へということで、ヨナハさん、ウェルネスさん等というものがございます。

【委員】 じゃ、例えば市民病院さんで急性期で救急で入って、そのまま市民病院さんという形もあるということですか。

【委員】 それで完結するケースもございます。

【委員】 そういう場合もあるわけですね。

【委員】 必ず転院させなきゃいけないかといったら、そうではございません。もちろん患者様、ご家族様の希望もありますし、ただ、急性期病棟はベッドをあけなきゃいけない現状もあったりする中で、相互の現状におきまして決定をしていくという、それが調整のカンファレンスを開いたり、背景を把握した上でということになります。

【委員】 そうですか。一般市民からすると、急性期医療と回復期病院って、こういうふうにこの間のフローチャートのイメージ図のところにあったんですが、こういうふうに分けられるというふうなことが今までイメージ的にないんですね。救急と回復期って、病院を2つに分けるというふうな感覚が市民にはないものですから、そのために確認させていただきました。ありがとうございます。

【部会長】 ほかにご意見はよろしいでしょうか。

【委員】 桑名ですべての医療が完結できない患者様も結構みえるんですね。ですから、桑名の病院に、例えばふだん診療所にかかっている桑名の病院に入院される方はわりかし連携ってとりやすいんですけど、我々医師会同士でも顔が見えていますのでね。ところが、突然、例えば一たん桑名の市民病院や山本病院に入院したとしても、そこから結構もう一つ高度の医療が必要だということで、四日市、あるいは名古屋のほうへ行かれる方もあるんですね。問題は、そこから次に退院されるときにそこで情報が途切れるんです。そういうケースもあります。初めからいわゆる市外の病院に入院される方も結構みえる。そういう場合になかなか顔が見えない。そちらの名古屋の病院だと私どもも顔を知らないですから、その辺の問題が結構、桑名ですべての医療が完結できないという、これが四日市市という少し人口が大きい都市と桑名のようなやや中小的な都市との違いがあって、すべての医療、どんな患者さんも桑名でできないという、これはまたもう一つの部会の問題もちょっとありますけど、そういう問題がちょっとありますので、ですから、例えば桑名の急性期病院から送られたときに少し詳しく、実は開業の、実際の在宅の主治医はだれとか、何かその辺をうまく連携がいくといいかなとは思んですけど、一たんそこで途切れるんですね。紹介の紹介の場合に最初の主治医の紹介状はもう全然行かないんですね。私どもは一生懸命書いて送るんですけど、その紹介状が全くなしで、次の紹介状が行くというか、

そういう問題が出てくるんですね。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにご意見ございませんでしょうか。

なかなか四日市のほうは急性期の病院が3つもありますし、在宅を専門に行ってみえる先生もいらっしゃるの、なかなか医療環境的にはそろっているところもあるのかなと思うんですけども、ご苦勞をなさった点を清水さんにお伺いすると、やっぱり退院カンファレンスのところの各地域連携室への啓蒙活動から入っていかれたということなんですけど、退院カンファレンスについては桑名の現況っていかがでしょうか。システム的に整っているのでしょうか。個々に先生方が病院のほうに行かれるという話は伺っているんですけど。

【委員】 在宅の医療ということで、在宅医の先生が病院に足を運んでくださって様子を診ていかれる。個々に動いておられる先生も熱心に動いてみえます。ただ、これが退院時カンファレンスに出席ということになると、先生の都合のいいお時間にほかの事業所が合わなかったり、先生もお約束をしていただいてもその時間になかなか来られないという、患者さんの現状があったりしますので、先生はお時間があくとふいにふっと立ち寄ってくださってすごく熱心に診ていただくんですが、やはり予定として立てにくいという状況からしますと、カンファレンスについては在宅の医師の方の参加というのはまずないというのが現状です。ただし、医師の命を受けた訪問看護さんであったり、聞き取りをしてきてくださった担当のケアマネジャーさんであったりという方が代弁をしてくださってカンファレンスというのは結構行われているほうだと思いますので、直接ドクターが参加されないからといって、あまり支障のないような動きに最近は特になりつつあるかなというふうに感じております。

【委員】 四日市の加藤先生の報告の中で111ページに退院時ケアカンファレンスの実績があるんですけども、実際に運用マニュアルができて、開業医の先生にも周知してもらい、病院の勤務医にも周知されているんですけども、どれぐらい主治医が出席したかというところぐらいなんですね。11月から4月の6カ月間で、各病院毎にこのようなカンファレンスがどれぐらい開催されたかとか、それから、どのような症例をやっているのかとか、そういった調査を行い、そこで問題点を出すというふうなやり方で継続的に地域連携室連絡会議の中で報告・検討会を行っておりました。現実、主治医が入らなくても良かった事例として、患者さんが入院中から紹介元主治医が病院に訪問され、電話も含め直接病

院主治医から治療内容についての説明を受け、退院後の注意点等について医師同士で話し合いができていたりする場合は結構ありました。ですので、主治医が参加されない中で看護師とかケアマネジャーさんとかというふうなスタッフだけでやる場合の方が多くなりますが、特に医療依存度が高く家庭環境等の問題が多い方の在宅療養を支援する場合は、多くの関係者が介入することになりますので、情報を共有し、問題点を協議する意味で一同に会する意義があると感じております。

【部会長】 ありがとうございます。

訪問看護の立場から、河合さん、ご意見がありましたら。

【委員】 訪問看護の河合です。よろしくお願いします。

退院時カンファレンスの必要性はすごく感じているんです。ただ重要でありながらなかなかカンファレンスが開けない状況でというのは、やっぱり先生方が外来をやりながら、回診をやりながら、当直をやりながらということで、医師が一番参加しづらくなっているのが現状です。しかし、病院で退院するときが一番主になっていただくのは先生方です。先生が指示を出してくださいますが、ケアマネジャーさんに一たん連絡が入って、私たち看護師のほうにこういう患者様が在宅に戻っていくからということで先生不在の中ケアカンファレンスが病棟で始まることがあります。退院がほんとうにすぐ目の前ということがほとんどです。あらかじめこの日に、例えばこのあたり、あと2週間先、1カ月先という予定が立ってないものですから、急にと言われると準備が整わなくて、慌てて退院をして、結局、家に戻ってからこういうことも足りなかったという問題もいっぱいあるなというのを感じています。今後、退院時ケアカンファレンスが開かれるためにはやはり先生方の協力が必要とは思っていますが、難しいです。

【委員】 現状、別にその場に医師がいなくても、大体今の話を聞いていましてもできていますので。別の形で病院主治医と在宅主治医とは電話連絡なり、そういう形でもあるようです。ほんとうに参加していないケースというのは非常に少ないんじゃないかなと思う。あまり退院時カンファレンスに主治医が必ずいるとかいうこともあまりこだわって、形式にこだわるよりも、実態はなしでも十分できると私は思うんですね。それ以外のスタッフできちんとそれをやるということのほうが大事じゃないかなと思うんですね。あまり主治医の参加にこだわる必要は私はないと思います。

【委員】 私たち看護師と先生とある程度面識があったりとかの場合は、まだいいかなと思いますが、ほかのスタッフ、ヘルパーさんだとか、そういった方の先生とのつながり

がなかなかないので、先ほどもあったように、人工呼吸器だとか、酸素だとか、かなり医療依存度の高い方のときには何かのときに先生にも連絡取れる体制があるといいと思います。私たちが中間に立って、私たち訪問看護師に連絡いただいて先生のほうに質問してさせてもらったりとか、他に、先生からの指示をケアマネージャーさんやヘルパーさんに伝えたりとかしていますが、難しいこともあります。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにご意見はございませんでしょうか。

【委員】 こちらの資料の中で退院時のケアカンファレンス運用マニュアルを策定してから実施される件数が伸びたというふうな図が載っていますが、桑名において今廣田先生がおっしゃるように、なかなか現場の先生というのは外来があり、いろいろお忙しいということで、ケアカンファレンスに参加されるということが少ないというふうにお伺いしたんですけれども、こういうふうな運用マニュアルというのは実際あるのでしょうか。

【委員】 医師会ではつくっていないです。

【委員】 現場のスタッフの間、地域連携室とか、何かマニュアルというか、そういうものはないんですか。

【委員】 病院それぞれで独自に相談マニュアルというのをつくっていると思うんです。その中でこういう退院時カンファレンスというのが載ってきているとは思いますが、それぞれの病院で共通してというのとはつくっていないです。

【委員】 私、実は初めてこの退院時ケアカンファレンスという言葉を知ったんですけれども、一般市民にはあまり周知されていないように思うんですけれども、その点はどうしてお考えでしょうか。実際、入院して退院時というふうなことのようなお話を聞くんですが、耳にしない患者さんも多分いらっしゃると思うんですけれども、病院ごとによって地域連携室によって考え方というのは違うのでしょうか。

【委員】 多分同じ方向で考えてはいると思うんですが、それが病院によって件数だとかレベルの違いというものがあるのかもしれないです。ほかの病院さんがどこまで件数をこなしているという件数報告ということはしてはいるんですが、やり方としてはそれぞれの相談室、連携室というところでこういうようなマニュアル、それぞれ相談についてのマニュアルをつくる中で病院の中でまずどういう動きをするのかというところから入っていますので、病棟それぞれのところへどういうケース、どういう患者さんがおみえになった場合に相談室だとか、ワーカーであったり、専門職種につながりなげないというル

ートができていようかと思います。当病院でもしてはいるんですが、その中で入院時にこういう機能が、相談する機能があるだとか、説明を申し上げておりますので、そこからカンファレンスとはこういうもので、外の機関、専門機関が来られて一緒に相談をしていきましょうねというところがかかわってはいる現状ではあるんですが、それをカンファレンスという言葉で患者さんにお伝えしているかどうかというのも個々の病院によって違うかもしれません。カンファレンスという言葉を使わずに既に開催されている場合もありますので、知らずに経過している方がおみえになるかもしれません、実際のことをやっています。

【委員】 ほとんど入院されているというか、病院に入院されている方は高齢者の方が多いので、横文字が多くて、結構年輩の方にとってはとても理解しがたい。相談というふうにすれば、高齢者相談とかという聞きなれているんですが、私にも高齢の母がいるんですが、横文字が最近が多いんじゃないかと非常に感じております。でも、個々の病院においてそういうふうな相談窓口があるということをお聞きして非常に安心いたしました。ありがとうございます。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

【委員】 実際、ケアマネジャーに相談が来るケースがやはり急に退院と言われたのでどうしようとか、困っているケースなんかが病院の相談室からではなくて、患者さんから来ることが多いんですけども、やはり吉川さんが言われたように、病院内で連携がうまくとれている病院であればやはり退院時カンファレンスも行われて、在宅へ向けての支援もスムーズに行われていると思うんですけども、実際はそうでない病院のほうが多いかなというふうに思えるんですけども、やっぱり柴川さんが言われたように、一般の方は急性期病院、回復期病院とかという認識も少なく、入院したら3カ月は入院できるというように思われている方も多くて、やはり病院の中の連携がうまくいっていないと入院している患者さんからしたら急に退院という話が出たとか、どこに相談していいかわからないとか、介護保険の申請もしていないとかいうケースが多いのが実際だと思います。

【部会長】 ありがとうございます。

では、この件につきましては引き続き継続審議として議論を深めてまいりたいと思いますが、オブザーバーの山本副市長、それでよろしいでしょうか、ご意見がありましたら。

【オブザーバー】 よろしいんじゃないかと思います。いきなりマニュアルをつくると

いうよりも、急性期病院のドクター、病棟ナースも含めて意識を高めてもらうというのが、まずはすごく大事だと思います。講演会などの場でまたいろいろ言っていきたいと思いますので、そういうことをやりながら最後マニュアルのようなものを考えるのかどうかということでもいいかと思えます。

【部会長】 ありがとうございます。

それでは、次に、議事事項3、医療、福祉、介護などの連携についてのフローチャートイメージについて事務局のほうからご説明をお願いいたします。

【事務局】 医療、福祉、介護等の連携についてのフローチャートについてご説明申し上げます。

資料4、医療と福祉、介護等のスムーズな連携をめざしてをござんください。

前回の会議におきまして、市民の方にとって医療と福祉、介護等のつながりが見えにくいというお話をいただきました。あるいは地域医療連携室とか、訪問看護ステーション、地域包括支援センターの役割があまり認知されていないのではないかというご意見もいただきました。

そういったことから、今回、市の広報、3月1日号を予定しておるんですけど、医療と福祉、介護等の連携についての特集記事を掲載しようかというふうに考えております。その中で市民の皆さんに周知、啓発をしていきたいなというふうに考えております。その素案としまして、今回このイメージ図を作成しております。委員の皆様からご意見をちょうだいできればというふうに考えております。

特に左側のページのフローチャートでございますけど、特にここでお願いしたいというふうに思っておるんですけど、これは脳卒中とか急性心筋梗塞等を発症された方々を例に患者さんの流れ、医療、福祉、介護等の連携、福祉、介護サービスについてを示させていただいております。

以上でございますけど、よろしく願いいたします。

【部会長】 ありがとうございます。

では、先ほど事務局の説明につきましてご意見がありましたらよろしく願いいたします。

【委員】 この図が大変わかりにくいと思います、まず結論的に。それと、少し間違えているんですが、在宅療養支援診療所・病院と書いてあるところの24時間体制で往診や訪問看護じゃなくて訪問診療を実施する診療所、実際に在宅主治医はこの在宅療養支援診

療所・病院だけじゃなくて、私がお説明しましたように、もう一つ、これ1つではだめで、ここに同じ並列で、例えば在宅かかりつけ医とか、そういう在宅支援診療所以外のかかりつけ医もいますので、そこへ入れてもらう必要があります。これ、わかりますか、柴川さん。

【委員】 済みません、私は素人で、客観的な意見を言わせていただいでよろしいでしょうか。まず、発症というところが、脳卒中、急性心筋梗塞、ここから救急医療、回復期病院、まず、ここの流れというのは、私たち市民からすると入院する場合、ひとくりに病院でというふうな形でもいいのではないかと。広報を見られる方というのは、まず、特に医療、福祉、介護等の連携というページを見られる方は、年輩の方とか、私たち家族のような30代、40代以上の方が多と思うんですけども、とにかく明瞭簡潔に目に飛び込んでくるものじゃないと私たちは読まないんですね。普通、市政だよりを見ていても非常に細かい言葉が多くて、読むのが嫌になって目を通さないというご老人の方が非常に多いんですね。

ですので、これを見たときにまず何が市民に訴えたいか。このフローチャートを見ると、在宅医療をメインに持っていきたいのか、流れを持っていききたいのか、すべてが矢印ばかりで矢印が目飛び込んできて、何を言いたいのかが全然わからないというのが率直な意見なんですが、病院から出ていくこの矢印は在宅と、それから、施設と病院と3つになっているんですが、その矢印の長さもばらばらで、何か1つ結びつくものというか、何が在宅にかかわりがあるのかなというふうなことがあって、訪問看護ステーション、委託介護支援事業所、地域包括支援センターがくくってあって、施設サービス、このばらばらなのがなぜなのかなとか、あるいは介護サービスを受けるに当たっては、ここではケアマネジャーさんがケアプランをつくって介護サービスを受けるというふうなこともありますし、地域包括支援センターというのが非常に地域においては一番密着する大事なセクションだと思うんですが、それがここではあまりあらわされていないかなというふうな感じも受けます。この地域包括支援センターというのは要支援1、2の方とか、介護予防というふうなことも含んでいるというふうにお聞きしていますし、社会資源という形では社会福祉協議会とか、行政、保健センターとか、そういうふうな流れというのも、やはりこの医療、福祉、介護というふうな全般的なことを考えるのであれば、そちらのほうの明記も必要ではないかなと思います。

それから、矢印のサービス、流れ、連携に関しては、これは一体何に区別があるのか市

民には全くわからないと思います。施設サービスとか、下に特養とか、老人保健施設、療養病床、あるいは看護にいろいろ細かいものがあるんですけども、何かその細かいものよりも訪問看護ステーションなら訪問看護ステーションを1つぼんと、施設サービス、介護施設、あるいは行政機関というふうにして、目に飛び込んでくるものをメインで簡素化して訴えていただいたほうが市民には非常にわかりやすいんじゃないかなと思います。

医療、福祉、介護等の連携という資料にどうしてこれがイメージ図であるのかなど。これは実際機能している機関じゃないのかなと思いました。一番下には図は、括弧として、脳卒中、急性心筋梗塞等を発症された患者さんを例に理想的な医療、福祉、介護等の連携イメージをしたもの、理想的なものなのか、実質これは機能しているものなのに、桑名市の現状をあらわしてはいないと書いてあるんですけど、こちらのほうの言葉もどうなのかなと思います。医療にかかわっている従事者の方に対してこの言葉というものはないほうがいいのではないかなと思いました。

以上です。済みません。

【部会長】 率直なご意見、ありがとうございます。

委員の皆様、ほかにご意見はございませんでしょうか。

【委員】 そうですね。私も非常にわかりにくいなと思って、やはりこれ、対象にするのはやっぱり高齢の方を対象にしたいと思いますので、もっと簡素化、言葉もわかりやすいというふうな、ちょっと言葉選びも気をつけていただいてしていただければいいかなと思います。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにご意見はございませんでしょうか。

【委員】 イメージ図を載せられる意図といいますか、これがどういう意図で載せたいと思われたのか、ちょっと教えていただけますか。

【事務局】 前回のこの部会の中で市民代表である柴川委員のほうからこういった訪問看護とか包括支援センターといったところが目に見えていないと、わかっていないということをお伺いしましたので、そうすると、市民のほとんどの方がそうなのかなということをおもひまして、この広報で啓発しようかなということでも今回提案をさせていただいた次第なんです。おっしゃられたように、矢印とか、何を示されておるのかわかりづらいというご指摘もありましたので、またいろいろな相談をさせていただいてちょっと手直しをさせていただいて、何を市として市民の方に啓発できるかということもわかりやすく作り直

して、もう一度ご相談させていただきたいというふうに思っております。

【事務局】 ご意見をいただきましてありがとうございます。

この図、正直、おっしゃられたように、非常にわかりにくい部分はあるんですけれども、ただ、こういった流れを表現する場合に、大体これはもともとこちらに、下にも書かせていただいておりますように、厚生労働省とか、県とかでこういうふうな流れの説明をしているフローチャートを参考とさせてもらって、それを基本的に利用しているんですね。確かにその部門部門を見ていくと関係性がわかりづらい部分はあるんですが、それを一つ一つを完全にあらわすとなると膨大なスペースが必要になってくるかなというところもあって、ちょっと皆さんからいただいたご意見もごもっともは思うんですけれども、私自身も決してこの図が市民の方にわかりやすいというふうには思っていないんですけれども、いただいたご意見、先ほどお聞きしましたあたり、もう少しさらに工夫させていただいて、もう少し市民の方が見やすいものに近づけていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。

【委員】 参考になるかどうかわかりませんが、よくあるのがよくある質問とか、そういうふうにそれで具体的に回答を出すとか、そういうふうなことをつけ加えていただければ市民の方もより理解されるんじゃないかなと思います。

【部会長】 このフローチャート以外によくある質問というようなコーナーを設けるとわかりやすいというご意見でしょうか。いかがでしょうか。

【事務局】 いただきました意見を参考にさせていただきたいと思っております。一応紙面のほう、見開きの2ページぐらいになります。それで十分そういったところが賄えるようであれば入れさせていただきますし、ちょっと無理であれば何か調整をさせていただきたいというふうに考えております。

【委員】 済みません、このフローチャートに関しては地域医療連携室ですか、こちらだけのみで作成されているわけですか。

【事務局】 このドラフトというか、この素案段階は私どもの作成でございます。

【委員】 在宅医療に関しては、介護高齢福祉課が非常に詳しいというふうに、ちょっとホームページを見ましたら、そういうふうないろんなことをしてみえるセクションがそこだと思んですけど、そちらのほうとのすり合わせというのはないわけでしょうか。

【事務局】 つくり上げたのはこちらですけど、いろいろ意見は聞いております。

【委員】 わかりました。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかによろしいでしょうか。

【委員】 この医療、福祉、介護などの連携を、これをフローチャートで説明しようと思うとやっぱり限界というか、はっきり言って無理かなと思うんです。これをもっとわかりやすく同じような形で書くのは無理かなと思いました。

それと、あと、私たちケアマネジャーが新規の患者さんとかに説明するときに、桑名市の介護高齢に置いてある冊子があるんですけども、それをよく使っているんですが、それはわかりやすく、それを見ながらまず介護保険の申請をしましたね、結果が出ますねという、その流れでご説明しているんですけども、そういうような形で、病院に入院した時点から病院の中でも使えるような、そういうわかりやすい冊子があるといいなというふうに思うんですけども、広報であれば紙面とか内容に限りがあると思うんですが、どうせつくるのであれば永久保存版と、市民の方が見て、これはわかりやすいなと、入院したときに参考になるなというようなものをぜひつくってもらえたらありがたいなと思います。

【部会長】 ありがとうございます。

ほかにご意見はございませんでしょうか。

多分この介護保険だけじゃなくて、医療連携の流れも盛り込んだフローチャートにしたという思いがおりになったんだと思うんですけども、内容的にちょっと修正をかけていただいて、次回のときでよろしいでしょうか。

【事務局】 次回ですと、もう広報に締め切りがありますので、ちょっとまた部会長さん、委員の方々などにも見ていただくという形でお願いしたいと思います。

【部会長】 もう少し共通言語として、一般市民の方にもわかりやすい形のフローチャートに修正するというところでよろしいでしょうか。ありがとうございました。

では、次に、議事事項のその他についてですが、何かご意見はございませんでしょうか。

【委員】 社会福祉協議会の立場からなんですが、この部会で進めているイメージとすると、今聞いていると、一般市民の方に連携というのを知っていただくという部分と、私は介護の現場におったんですけども、介護の現場のほうから見ると、専門職、在宅において支える専門職として結構急性期の方は非常に怖いというイメージがあるんですね。そういう中でこれはまた勉強していかないといけないというところで、専門的なより関係者の方の勉強、協議会とか、廣田先生がやっているようなところにもっと参加していこうと

いう部分と、市民の方にもっと広く知っていただくという2つの考え方をしてこれから臨んでいけばいいんでしょうかね。そういう感じで考えていくような、よろしいですか。

【部会長】 そのように思いますけれども、ほかにご意見はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

それでは、オブザーバーの方からご意見をいただければと思いますけれど、いかがでしょうか。地域包括の荒川さん、いかがでしょうか。よろしいですか。

それでは、山本副市長、いかがでしょうか。

【オブザーバー】 忌憚のないご意見をいただきまして、ありがとうございます。まず、今日もご紹介させていただきますけど、1月29日のパネルディスカッション、県と市が共催で実施をいたしますので、ぜひお越しになっていただきたいと思います。今地域医療の連携で何が問題になっているかというのを一般市民の方にもわかっていただく機会になればというふうに思っておりますので、よろしくをお願いします。

あとは具体的にそれぞれの職能団体でさまざまな研究会がある場合はぜひ私どもにでもいいですので、逐一どういうものがあるって、場所はどこでどういう人たちまで参加可能であるというのをお知らせいただければ、各職能団体のほうにご連絡を差し上げて、その職能団体のほうから会員の皆様に周知をしていただくというような方法によって、まずは実質的に皆さんが接する機会をたくさんつくっていききたいというふうに思っておりますので、ご協力いただきたいというふうに思います。そういう関係づくりがある程度できてくればもっとかっちりしたものにしていけるのではないかと期待しているところですので、どうぞよろしく願いいたします。

【部会長】 ありがとうございます。

冒頭、医療、福祉、介護などの連携部会の趣旨・目的について事務局のほうから説明がありましたけれども、各委員さん方から桑名地域の医療と福祉、介護などとの連携において有効と考える提案を随時出していただいて、具体的な方策をこの部会のほうで実現に結びつけていきたいと思っておりますので、ご意見をいろいろ出していただきたいと思っております。

それでは、全体を通して何かご意見がありましたら。

【事務局】 済みません、お配りさせていただいた中にカラー刷りの地域医療講演会とパネルディスカッションのチラシのほうを配らせていただいておりますけれども、1月29日の土曜日、13時30分から市民会館の2階の小ホールのほうで仙台往診クリニックの川島先生を講師に来ていただきまして、あと、パネルディスカッションのほう、廣田先

生にもパネラーとして参加していただきますけれども、パネルディスカッションのほうを開催させていただきます。ぜひとも一人でも多くの方にご参加いただきたいというふうに思っておりますので、関係者の方にまたPRをよろしくお願ひしたいと思ひます。

【部会長】 それでは、本日の議事につきましては以上でございます。

あとは事務局のほうからもし伝達事項がありましたら。

【事務局】 次回につきましては、また部会長さんをご相談させていただきまして、皆様に後日また連絡させていただくというふうにさせていただきたいというふうに思ひます。それでよろしいでしょうか。

それでは、本日、長時間にわたりましてこの部会の開催、ありがとうございました。以上をもちまして部会を終了させていただきます。本日はどうもありがとうございました。

— 了 —